

Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Anxiety, Depression, and Self-Criticism in Women with Generalized Anxiety Disorder

1. Elaheh Jafarpour*^{ID}: MA, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Asieh Bahadori^{ID}: MA, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Sepideh Esm Zamani Aghmioni^{ID}: MA, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

4. Masoumeh Barzegari Soltan Ahmadi^{ID}: MA, Department of Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author's Email Address: elijj05@gmail.com



Received: 2025-02-26

Revised: 2025-03-25

Accepted: 2025-04-06

Published: 2025-06-03



Copyright: © 2025 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

Abstract:

Objective: The present study aimed to compare the effectiveness of self-compassion-focused therapy and cognitive behavioral therapy in reducing anxiety, depression, and self-criticism in women diagnosed with generalized anxiety disorder (GAD).

Methods and Materials: This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest control group design. A sample of 30 women with GAD was randomly assigned to two experimental groups and one control group. The experimental groups underwent ten 90-minute sessions of either cognitive behavioral therapy (CBT) based on the Bourke protocol or compassion-focused therapy (CFT) following Gilbert's protocol. Standardized instruments used included the Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory-II, and Thompson's Levels of Self-Criticism Scale. Data were analyzed using multivariate and repeated-measures ANCOVA.

Findings: The results indicated that both CBT and CFT significantly reduced levels of anxiety, depression, and self-criticism in participants. However, CBT was found to be more effective than CFT in improving these psychological symptoms. The statistical analyses confirmed significant differences among groups ($p < 0.05$), with partial eta squared values reflecting moderate to strong effect sizes for the interventions.

Conclusion: These findings suggest that both CBT and CFT are effective interventions for reducing anxiety, depression, and self-criticism in women with GAD, though CBT demonstrates greater efficacy. Integrating both therapeutic approaches is recommended for mental health centers aiming to optimize outcomes in this population.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Compassion-Focused Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Depression, Self-Criticism

How to Cite: Jafarpour, E., Bahadori, A., Zamani Aghmioni, S.E., Barzegari Soltan Ahmadi, M. (2025). Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Anxiety, Depression, and Self-Criticism in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 2(1), 150-168.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت متمرکز بر خود و درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی و خود انتقادی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

۱. الهه جعفرپور*^{ID}: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول).

۲. آسیه بهادری^{ID}: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. سپیده اسم زمانی آغمیونی^{ID}: کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۴. معصومه برزگری سلطان احمدی^{ID}: کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: elijj05@gmail.com

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت متمرکز بر خود و درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی و خودانتقادی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. **مواد و روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. نمونه‌ای متشکل از ۳۰ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. شرکت کنندگان در گروه‌های آزمایشی به مدت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به ترتیب تحت مداخله شناختی رفتاری (بر اساس مدل بورکوک) و درمان مبتنی بر شفقت (بر اساس مدل گیلبرت) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب بک، افسردگی بک و خودانتقادی تامپسون و همکاران بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو مداخله به‌طور معناداری منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و خودانتقادی در شرکت کنندگان شدند. با این حال، مداخله شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت در کاهش متغیرهای مذکور نشان داد. مقایسه میانگین‌ها در پیش آزمون و پس آزمون و تحلیل‌های کوواریانس تفاوت معنادار بین گروه‌ها را تأیید کرد ($p < 0.05$)، و مقدار اتای جزئی برای هر متغیر نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط تا قوی بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو درمان CFT و CBT در بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر هستند، اما CBT در کاهش اضطراب، افسردگی و خودانتقادی کارآمدتر عمل می‌کند. از این رو، می‌توان بهره‌گیری ترکیبی از این رویکردها را در مراکز مشاوره برای ارتقای بهداشت روان زنان توصیه کرد.

کلیدواژگان: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت، اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی، خودانتقادی

نحوه استناددهی: جعفرپور، الهه، بهادری، آسیه، زمانی آغمیونی، سپیده اسم، برزگری سلطان احمدی، معصومه. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت متمرکز بر خود و درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی و خود انتقادی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۱۲(۱)، ۱۶۸-۱۵۰.



تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۱۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Generalized anxiety disorder (GAD) is a prevalent mental health condition, especially among women, characterized by chronic and uncontrollable worry about everyday events, often leading to significant impairments in social and occupational functioning (Aristou & Omidian, 2024; Hayes-Skelton & Lee, 2020). The condition is associated with various symptoms including restlessness, fatigue, concentration difficulties, irritability, muscle tension, and disturbed sleep (Makhdoumi et al., 2024). Women with GAD are particularly vulnerable to emotional dysregulation, comorbid depression, and self-critical thought patterns (Raparia et al., 2021; Remmerswaal et al., 2023; Straarup et al., 2022). Depression, often co-occurring with GAD, is a globally recognized disorder affecting over 280 million people, with women disproportionately impacted due to psychosocial and biological vulnerabilities (Ajay et al., 2021; Huang & Zhao, 2020; Shoja Aldini Ardakani et al., 2024).

A significant cognitive-affective factor intertwined with both anxiety and depression is self-criticism, a personality trait linked to impaired self-identity and internalized negative self-evaluations (Dortaj et al., 2019; Ramadanpour & Joozi, 2019). This trait exacerbates emotional distress and undermines psychological resilience (Naeimi Pour et al., 2024). In light of these challenges, the emergence of compassion-focused therapy (CFT) has provided an emotion-oriented, third-wave intervention targeting self-criticism and promoting emotional healing through cultivating self-compassion (Gilbert, 2009; Vali Zadeh et al., 2023; Zamani & Abbasi, 2020). Compassion training, when integrated with practices like mindfulness and emotional imagery, enhances emotional regulation and reduces maladaptive coping behaviors (Hocken & Taylor, 2021; Zangouei et al., 2019). In contrast, cognitive behavioral therapy (CBT) remains a robust evidence-based treatment

for anxiety and depression, grounded in cognitive restructuring, behavioral activation, and exposure-based techniques (Mofrad, 2023; Timouri et al., 2021). CBT targets cognitive distortions and reinforces adaptive behaviors, thereby alleviating emotional distress (Bakhtiari, 2024). This study, therefore, aimed to compare the effectiveness of CBT and CFT in reducing anxiety, depression, and self-criticism among women diagnosed with GAD.

Methods and Materials

This quasi-experimental study employed a pretest-posttest control group design. The population included women diagnosed with GAD in Tehran between September 2023 and March 2024. Participants were selected via purposive sampling based on DSM-5 criteria and voluntarily recruited through public notices in mental health centers. After screening 60 candidates, 30 eligible participants were randomly assigned to three groups (two intervention and one control), each with 10 members. Pretest assessments were conducted for all groups. The intervention groups received ten 90-minute sessions of either CBT (based on Bourke's model) or CFT (based on Gilbert's protocol), while the control group received no treatment.

CBT sessions emphasized anxiety psychoeducation, cognitive monitoring, progressive muscle relaxation, identifying and restructuring catastrophic thoughts, and exposure techniques. CFT sessions covered self-compassion concepts, mindfulness, emotional processing, empathetic imagery, and compassionate self-dialogue. Standardized instruments used included the Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory-II, and the Levels of Self-Criticism Scale by Thompson et al. Data analysis involved multivariate and repeated measures ANCOVA using SPSS-23. Assumptions for normality, homogeneity of variances, and regression slope equality were checked using Shapiro-Wilk, Levene's test, Box's M, and interaction term analysis, respectively.

Findings

Descriptive statistics showed that both CBT and CFT interventions led to marked improvements across anxiety, depression, and self-criticism variables, while the control group showed no significant changes. In the CBT group, mean anxiety decreased from 52.60 (SD = 3.34) to 39.65 (SD = 3.72), depression from 33.57 (SD = 2.14) to 21.54 (SD = 2.66), and self-criticism from 63.75 (SD = 3.66) to 50.19 (SD = 3.17). The CFT group saw corresponding reductions, though slightly less pronounced.

ANCOVA results confirmed significant between-group effects with p -values < 0.05 and effect sizes (Partial Eta Squared) of 0.16 (anxiety), 0.19 (depression), and 0.21 (self-criticism). Repeated-measures ANOVA using Greenhouse-Geisser correction further substantiated the intervention effects over time. Time-group interaction effects were significant for all three outcomes, suggesting differential improvement patterns favoring CBT. Mauchly's test of sphericity was violated, but corrected F -tests retained significance.

Discussion and Conclusion

This study demonstrated that both CBT and CFT significantly reduce symptoms of anxiety, depression, and self-criticism in women with GAD, though CBT proved more efficacious overall. CBT's structured format, cognitive emphasis, and behavioral interventions directly target the core symptoms and cognitive patterns underlying GAD, making it particularly suitable for individuals struggling with persistent worry, catastrophic thinking, and emotional dysregulation. The findings are consistent with previous research showing that CBT is effective in restructuring maladaptive thought patterns and enhancing emotional resilience in GAD patients.

Conversely, CFT, while effective, offers an emotionally driven approach focusing on increasing self-soothing capacities and reducing internal self-attacks. Although CFT fosters a nurturing self-attitude and strengthens emotion

regulation through mindfulness and self-kindness, it may not fully address the entrenched cognitive distortions often present in GAD to the same extent as CBT. This could explain the relatively smaller effect sizes observed in the CFT group. Nevertheless, CFT's success in reducing self-criticism and enhancing emotional awareness confirms its value, particularly for clients exhibiting shame-proneness and emotional avoidance.

The greater efficacy of CBT observed in this study might be attributed to its explicit targeting of GAD's cognitive mechanisms, including intolerance of uncertainty, threat-oriented attention biases, and maladaptive metacognitions. CBT's cognitive restructuring and behavioral strategies empower patients to disengage from chronic worry cycles and develop adaptive coping responses. Meanwhile, the soothing and affiliative strategies of CFT appear to yield gradual but meaningful improvements in emotional wellbeing, supporting its complementary use alongside CBT.

These results suggest that mental health practitioners may benefit from integrating CBT's cognitive restructuring with CFT's emotional attunement in clinical practice. Such a hybrid approach could offer a more holistic treatment pathway by simultaneously targeting cognitive distortions and enhancing self-soothing abilities in women with GAD. Future interventions could explore the synergistic effects of combining these models to optimize therapeutic outcomes.

In conclusion, while both therapies are beneficial, CBT demonstrates superior efficacy in reducing anxiety, depression, and self-criticism. This supports its continued use as a first-line treatment for GAD, while also highlighting the potential of CFT as a supportive intervention, especially for clients with high levels of shame and self-criticism. The findings underscore the importance of individualized treatment planning and suggest that therapists consider clients' specific cognitive and emotional profiles when selecting therapeutic interventions.

(al., 2021) و مواجهه با تنش می‌باشد. مبتلایان به اضطراب فراگیر از نرخ

بالای مشکلات روان پزشکی از قبیل افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیتی و اخلاص در احساس تنهایی اولیه رنج می‌برند (Sharif et al., 2024). عمده مبتلایان دارای افسردگی و اضطراب و خود انتقادی بالا می‌باشند.

اضطراب پدیده‌ای روان شناختی است که تقریباً همگان با آن آشنا هستند یا آنکه در طول عمر خود، در موقعیتهایی به آن دچار شده اند. این تجربه روانی فیزیولوژیک در ابعاد آسیب شناسی روانی نیز شایع ترین اختلالات روانی را شامل می‌شود (Zarei Hossein & Zarei, 2022). اضطراب یک علامت هشدار دهنده است که خبر از خطری قریب الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله آماده می‌سازد (Fernandes et al., 2023). ترس با علامت هشدار دهنده‌ی مشابه، از اضطراب با خصوصیات زیر تفکیک می‌شود. ترس واکنش به تهدیدی معلوم، خارجی و از نظر منشا بدون تعارض است. اضطراب واکنش در مقابل خطر نامعلوم، درونی، مبهم و از نظر منشا همراه با تعارض است (Mojtahedzadeh et al., 2023). زنان دچار اضطراب می‌توانند احساس ناراحتی، پوچی، احساس تنهایی، درماندگی، بی ارزشی، شرمساری یا بی‌قراری داشته باشند. ممکن است آن‌ها اشتیاق خود در انجام فعالیت‌هایی که زمانی برایشان لذت بخش بوده از دست بدهند، نسبت به غذا بی‌میل و کم اشتها شوند، تمرکز خود را از دست بدهند، در به خاطر سپردن جزئیات و تصمیم‌گیری دچار مشکل شوند و در روابط خود به مشکل برخورد کنند (Loving et al., 2021). زن دارای اضطراب، خلق منفی داشته و با کوچکترین مسئله‌ای غمگین می‌شود، گریه می‌کند و زندگی با این افراد بسیار غم‌انگیز و ناراحت‌کننده است. این گونه زنان گردش فکری زیادی دارند و جلوی افکار منفی خود را نمی‌توانند بگیرند و دائماً در گذشته منفی زندگی می‌کنند (Lee et al., 2020). این گونه زنان به آینده خوش بین نیستند و برای رفع چالش‌ها تلاشی نمی‌کنند، بنابراین احساس شایستگی در آن‌ها ایجاد

در هر جامعه‌ای سلامت زنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (وفادار و همکاران، ۱۴۰۳). یکی از سازه‌های روان شناختی که سلامت روان زنان را تهدید می‌نماید اضطراب فراگیر است. اختلال اضطراب فراگیر نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول درباره اتفاقات و فعالیتهای روزمره تعریف می‌شود (Hayes-Skelton & Lee, 2020). علایم این اختلال را طبق راهنمای طبقه بندی بین المللی اختلالات روانی (DSM-۵) می‌توان اضطراب و نگرانی شدید، عدم توانایی کنترل نگرانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و همراه بودن نگرانی با نشانه‌های بی‌قراری خستگی، عدم تمرکز، زودرنجی، تنش ماهیچه‌ای و خواب مختل دانست (Aristou & Omidian, 2024). یکی از بنیادی ترین مباحث در مفهوم سازی مدل‌های شناختی و فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر کنترل ناپذیر دانستن نگرانی و فراگیر شدن آن و ایجاد اختلال در عملکرد روزانه فرد و حضور فرانگرانی است (Makhdoumi et al., 2024). نگرانی به عنوان یکی از اجزای مهم اضطراب به صورت پیش بینی و انتظار وقایع ناخوشایند در آینده تعریف شده است. بر طبق مدل فراشناختی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی به عنوان وسیله‌ای برای پیش بینی مشکلات آینده و روشهای مقابله‌ای با آن استفاده می‌کنند (Straarup et al., 2022) در تبدیل نگرانی به اختلالات اضطرابی فعال شدن باورهای شناختی منفی و فرانگرانی بیشترین نقش را دارند (Khalilnejad et al., 2024) اضطراب فراگیر دارای عواقبی از قبیل حس انکار و عدم پذیرش واقعیت، ترس از زندگی پیش رو (Remmerswaal et al., 2023)، فرار از واقعیت، احساس تنهایی (Straarup et al., 2022)، احساس ناآرامی، اندوه، خشم (Raparia et

نمی‌شود و دائماً از زندگی خود ناراضی هستند، پرخاشگری زیادی دارند و قهرهای طولانی و ترک از خانه در این افراد بسیار دیده می‌شود (Basharpour et al., 2024).

اختلال افسردگی (که به عنوان افسردگی نیز شناخته می‌شود) یک اختلال روانی شایع است. این اختلال شامل خلق افسرده یا از دست دادن لذت یا علاقه به فعالیت‌ها برای مدت طولانی است (Huang & Zhao, 2020).

افسردگی با تغییرات خلقی منظم و احساسات مربوط به زندگی روزمره متفاوت است. این اختلال می‌تواند بر همه جنبه‌های زندگی، از جمله روابط با خانواده، دوستان و جامعه تأثیر بگذارد. این اختلال می‌تواند ناشی از یا منجر به مشکلات در مدرسه و محل کار باشد. افسردگی می‌تواند برای هر کسی اتفاق بیفتد. افرادی که مورد سوءاستفاده، فقدان‌های شدید یا سایر رویدادهای استرس‌زا قرار گرفته‌اند، بیشتر احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوند. زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند (Bueno-Notivol et al., 2021).

تخمین زده می‌شود که ۳٫۸٪ از جمعیت، از جمله ۵٪ از بزرگسالان (۴٪ در بین مردان و ۶٪ در بین زنان) و ۵٫۷٪ از بزرگسالان بالای ۶۰ سال، افسردگی را تجربه می‌کنند. تقریباً ۲۸۰ میلیون نفر در جهان افسردگی دارند (Shoja Aldini Ardakani et al., 2024).

افسردگی در بین زنان حدود ۵۰٪ بیشتر از مردان شایع است. در سراسر جهان، بیش از ۱۰٪ از زنان باردار و زنانی که تازه زایمان کرده‌اند، افسردگی را تجربه می‌کنند (Ajay et al., 2021).

خودانتقادی شامل چگونگی ارزیابی فرد از خود است. خودانتقادی در روانشناسی معمولاً به عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی مورد مطالعه و بحث قرار می‌گیرد که در آن فرد دارای هویت خود مختل شده است (Ramadanpour & Joozi, 2019).

که هویت خود منسجم، جامع و عموماً مثبتی دارد. خودانتقادی اغلب با اختلال افسردگی اساسی مرتبط است (Dortaj et al., 2019).

نظریه‌پردازان خودانتقادی را به عنوان نشانه‌ای از نوع خاصی از افسردگی (افسردگی درون‌فکنی) تعریف می‌کنند و به طور کلی افراد مبتلا به افسردگی تمایل دارند بیشتر از افراد بدون افسردگی از خود انتقاد کنند (Panahi et al., 2019).

افراد مبتلا به افسردگی معمولاً بیشتر از افراد بدون افسردگی از خود انتقاد می‌کنند و حتی پس از دوره‌های افسردگی، همچنان شخصیت‌های خودانتقادی را نشان می‌دهند (Loew et al., 2020).

بخش زیادی از تمرکز علمی بر خودانتقادی به دلیل ارتباط آن با افسردگی است (Mischa et al., 2021).

با توجه به اینکه خودانتقادی معمولاً به عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی تلقی می‌شود، توجه به چگونگی رشد چنین صفتی در برخی افراد مهم است. همانطور که در نظریه‌های شخصیت توضیح داده شده است، خودانتقادی اغلب نشان‌دهنده اختلال در برخی ویژگی‌ها است. این اختلال می‌تواند ریشه در تجربه کودکی فرد داشته باشد. خودانتقادی جنبه‌ی مهمی از شخصیت و رشد است، اما از نظر معنای این ویژگی برای آسیب‌شناسی روانی نیز قابل توجه است. اکثر نظریه‌پردازان، خودانتقادی را به عنوان یک ویژگی ناسازگارانه می‌دانند، بنابراین جای تعجب نیست که بسیاری از محققان خودانتقادی را با افسردگی مرتبط دانسته‌اند... تداوم خودانتقادی به عنوان یک ویژگی شخصیتی می‌تواند برخی از افراد را در معرض ابتلا به افسردگی قرار دهد (Naeimi Pour et al., 2024).

درمان متمرکز بر شفقت یکی از درمان‌های نوپای نسل سوم درمان است که با این فرض به وجود آمده است که علاوه بر تکنیک‌هایی که با هدف کاهش هیجانات منفی (مانند اضطراب، خشم و ترس) به کار برده می‌شوند، لازم است که بالا بردن و افزایش دادن انواع خاصی از هیجانات مثبت نیز مدنظر قرار گیرد (Zamani & Abbasi, 2020; Zamani Foroshani et al., 2019).

گیلبرت اساس مفهوم شفقت را ملاطفت به همراه آگاهی عمیق از رنج افراد و سایر موجودات زنده و همچنین آرزو و یا تلاش برای رهایی از آن تلقی می‌کند (Gilbert, 2009).

را روشن می‌سازد: نخستین بُعد تحت عنوان اشتیاق شناخته می‌شود و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج و دلایل آن دارد و دومین بُعد موسوم به التیام، متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به گام برداشتن جهت کاهش رنجی است که با آن روبرو می‌شویم (Vali Zadeh et al., 2023). شفقت دارای تعدادی عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی نیز هست که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر همراه با ملایمت و مراقبت نقش دارند. شفقت مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین توسط آن شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد، تحت تاثیر قرار گیرد (Zangouei et al., 2019). شفقت ورزی به عنوان هیجان مثبتی که فرد نسبت به خود دارد تعریف شده که مانع پیامدهای منفی خود قضاوتگری، منزوی سازی و نشخوار فکری می‌شود (Hocken & Taylor, 2021). توانمندی‌ها و خصوصیات مرتبط با شفقت به صورت دو حلقه متعامل نشان داده می‌شود که حلقه‌های شفقت نامیده می‌شوند. حلقه درونی خصوصیات شفقت از حلقه بیرونی با مهارت‌ها قابل تمیز دادن است. حلقه بیرونی نمایه عملی حلقه درونی است. در نتیجه، فرد یاد می‌گیرد که مشفقانه رفتار کند، مشفقانه احساس کند، تصورات مشفقانه ایجاد کند تا یک حس بدنی از شفقت را ایجاد نماید که ترکیب این توانمندی‌ها و خصوصیات، ذهن مشفق را به وجود می‌آورند. درمان متمرکز بر شفقت به معنای دور شدن از احساسات و تجربه‌هایی که مارا ناراحت می‌کنند نیست، بلکه به معنای حرکت موثر به سوی آن‌ها است (Lander, 2019). درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به ترویج سلامت روانی و هیجانی با تشویق افراد نسبت به خود و دیگران شکل گرفت. سیر تاریخی شکل‌گیری این مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی رفتاری ریشه دارد (Lloyd, 2017). نخستین اصول درمان مبتنی بر شفقت از سیستم‌های عمومی تنظیم احساسات شامل سیستم تهدید و حفاظت از خود، سیستم هیجانات و سیستم حمایت اجتماعی

برخاسته است. جلسات درمان از ارتباط بین این سیستم‌ها و افکار و رفتار انسان، تشکیل شده است. هدف از درمان مبتنی بر شفقت ایجاد تعادل بین این سه سیستم می‌باشد (Rostampour Baranjestanki et al., 2019). بدین واسطه شفقت با افزایش عزت نفس و توجه به دیگران و عوامل هیجانی مثبتی مانند احساس راحتی و ارتباط با دیگران همراه است (Keel & Pidgeon, 2017). در این راستا تمرکز بر شفقت بهزیستی را تسهیل می‌کند (Lucre & Clapton, 2021). این درمان روان سازه‌های ناسازگار و عواطف منفی افراد را بهبود می‌بخشد (Tajedin et al., 2019) و تاثیر معناداری بر کاهش علائم بالینی اختلالات شخصیت شرم و کناره‌گیری اجتماعی دارد. درمان متمرکز بر شفقت به افراد می‌آموزد که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (Aghalar & Akrami, 2021). در تمرین‌های خود شفقتی بر تن آرامی، "ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (Amjadiyan et al., 2022). یکی دیگر از درمان‌هایی که به نظر می‌رسد در بهبود اضطراب، افسردگی و خودانتقادی زنان دارای اضطراب فراگیر اثربخش باشد درمان شناختی رفتاری هست.

درمان شناختی- رفتاری یکی دیگر از رویکردهایی است که در درمان افسردگی، اضطراب و خشم بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود (Mofrad, 2023). در این رویکرد اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. در واقع در این رویکرد افراد تشویق می‌شوند تا با توجه به افکار خودآیند منفی و شناسایی تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای

مناسبتی از خود بروز دهند (بختیاری، ۱۴۰۳) در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود و اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند (Timouri et al., 2021). طبق پژوهش‌های صورت گرفته این رویکرد بر مدیریت اضطراب، افسردگی و افزایش رضایت از سطح زندگی (Timouri et al., 2021)، بهبود علایم خلقی و اضطرابی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی (Fernandes et al., 2023)، کاهش افسردگی (Timouri et al., 2021)، افزایش رضایت از سطح زندگی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی، بهبود ارتباط با اطرافیان (Bakhtiari, 2024) زنان اثربخش است.

بنابراین در پژوهش حاضر قرار است بدین سؤال پاسخ داده شود که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت متمرکز بر خود و درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی و خود انتقادی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر متفاوت می‌باشد؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از لحاظ ماهیت جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جز تحقیقات نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر در شهر تهران در فاصله زمانی شهریور ۱۴۰۲ تا اسفند ۱۴۰۲ بود. فرآیند نمونه‌گیری در دو مرحله صورت پذیرفت. مرحله اول با هدف شناسایی شرکت کنندگان واجد معیارهای ورود به مطالعه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین منظور اطلاعیه‌هایی در مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران منتشر گردید که این اطلاعیه‌ها به وضوح معیارهای ورود به مطالعه (تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ملاک‌های DSM-5 و جنسیت زن) و معیارهای خروج (عدم تمایل به شرکت، دریافت همزمان سایر درمان‌های روانشناختی ساختاریافته و مصرف مواد اعتیادآور) را شرح

می‌دادند. پس از جمع‌آوری ۶۰ نفر از داوطلبان اولیه، پرسش‌نامه‌های جمعیت شناختی و ابزارهای سنجش متغیرهای وابسته، بین آن‌ها توزیع گردید. در میان پاسخ دهندگان ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را کسب نمودند، در مرحله دوم بصورت کاملاً تصادفی و از طریق روش قرعه‌کشی در سه گروه مجزا (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، هر گروه شامل ۱۰ نفر قرار گرفتند. قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش و گواه، پیش آزمونی درباره آن‌ها اجرا شد و پس آزمونی نیز در پایان مداخله اجرا گردید. تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون هر گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت اثربخشی مداخله شناختی رفتاری (cbt) و درمان مبتنی بر شفقت خود (cft) به عنوان متغیر مستقل اعمال می‌گردد تا تأثیر آن بر اضطراب، افسردگی و خودانتقادی به عنوان متغیر وابسته مشخص گردد.

در این پژوهش از چهار پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است:

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتز و همکاران (۲۰۰۶) به منظور سنجش میزان اضطراب فراگیر تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۷ سوال می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت با سوالاتی مانند (احساس ترس به دلیل اینکه ممکن است اتفاق وحشتناکی رخ دهد) به سنجش اختلال اضطراب فراگیر در افراد می‌پردازد. این پرسشنامه تک عاملی می‌باشد. نمره کل اضطراب همه گیر از هفت گویه در دامنه‌ای از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. این نمره از مجموع نمره‌های ۰، ۱، ۲ و ۳ به ترتیب به پاسخ‌های اصلاً، چندین روز، بیش از نیمی از روز و تقریباً هر روز، محاسبه می‌شود. نمرات ۰ تا ۵ اضطراب خفیف، ۶ تا ۱۰ اضطراب متوسط، ۱۱ تا ۱۵ اضطراب نسبتاً شدید، ۱۶ تا ۲۱ اضطراب شدید. در پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد (Nainiyan et al., 2011).

بر شاخص‌های CVR و CVI تایید نمودند. همچنین پایایی این پرسشنامه را مبتنی بر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴۵ اعلام نمودند (Hamidi et al., 2015).

پرسشنامه خودانتقادی LOSC توسط تامپسون، زوروف و واینبرگ (۲۰۰۴) تهیه و تنظیم شده است. این پرسشنامه در دو سطح خود انتقادی را در فرد می‌سنجد اول خود انتقادی درونی شده و دوم خود انتقادی مقایسه‌ای که مشتمل بر ۲۲ سوال است و نمره گذاری ۷ درجه‌ای از صفر (به شدت مخالفم) تا ۶ (به شدت موافقم) را شامل می‌گردد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر خود انتقادی در فرد می‌باشد. یاماگوجی و کیم (۲۰۱۳) در مطالعه خود روایی محتوایی مقیاس را مناسب و همسانی درونی مناسبی را برای این مقیاس با آلفای ۰/۹ گزارش کردند. سعادتی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود مبتنی بر شاخص‌های CVR و CVI روایی این پرسشنامه را تایید نموده اند. همچنین پایایی این پرسشنامه نیز مبتنی بر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱۰ اعلام شده است (Saadati Shamir et al., 2018).

درمان شناختی رفتاری مطابق الگوی بورکوک^۱ متشکل از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یکبار و به صورت گروهی برگزار شد. ساختار جلسات به این شرح می‌باشد: در پروتکل درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی برکوک، در جلسه اول، مراجع ابتدا اضطراب و نگرانی‌های خود را توصیف می‌کند، سپس درمانگر به معرفی ماهیت اضطراب، مدل سه مولفه‌ای آن و مروری کلی بر روند درمان، شامل اهمیت پایش خود، انجام تکالیف و حضور منظم در جلسات، می‌پردازد و در پایان نیز قوانین درمان تبیین شده و تکلیف پایش خود به مراجع داده می‌شود. در جلسه دوم، مرور تکلیف پایش خود انجام می‌شود و مجدداً ماهیت اضطراب و مدل سه‌گانه مرور شده و درباره فیزیولوژی اضطراب و عوامل تداوم‌دهنده اختلال اضطراب فراگیر

پرسشنامه اضطراب بک توسط آرون تی. بک و همکاران (۱۹۹۸) طراحی شده است که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. همچنین این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. در ایران نیز کاویانی و موسوی (۲۰۰۸) پایایی آزمون-بازآزمون این ابزار را ۰/۸۳ و پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کردند (Kavyani & Ashraf Sadat, 2008).

پرسشنامه افسردگی یک شاخص خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه شده در دو هفته گذشته است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در سال دارای ۲۱ سؤال می‌باشد و هر سؤال بیان کننده حالتی در فرد است که از آن‌ها خواسته می‌شود میزان افسردگی خود را در پرسشنامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از "صفر" (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا "۳" (افسردگی شدید) درجه‌بندی کنند. نمرات یک تا ۱۰ بیان کننده وضعیت سالم (فاقد افسردگی) است، نمرات ۱۶ تا ۱۱ بیان کننده افسردگی خفیف، نمرات ۱۷-۲۰ بیان کننده نیازمند مشورت با روان پزشک، نمرات ۳۰-۲۱ بیان کننده وضعیت نسبتاً افسرده، نمرات ۴۰-۳۱ بیان کننده وضعیت افسردگی بالینی (شدید)، نمرات بیشتر از ۴۰ بیان کننده افسردگی بیش از حد می‌باشند. حمیدی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود روایی این پرسشنامه را مبتنی

بحث می‌شود، تکلیف نیز همان پایش خود باقی می‌ماند. در جلسه سوم، پس از مرور تکلیف، منطق آموزش آرامسازی پیشرونده ۱۶ ماهیچه‌ای مطرح و در همان جلسه تمرین می‌شود، در پایان تمرین و پایش به عنوان تکلیف داده می‌شود. جلسه چهارم با مرور تمرین و پایش آغاز می‌شود، سپس آرامسازی تکرار شده و افکار منفی اتوماتیک، روش ارزیابی شناخت‌ها، و فرم پایش شناختی معرفی می‌گردد. جلسه پنجم به تمرکز بر شناخت‌های فاجعه‌آمیز، تمرین آرامسازی ۸ ماهیچه‌ای، ثبت تعداد بیش‌ارزشیابی و ادامه پایش اختصاص می‌یابد. در جلسه ششم تمرکز بر شمردن شناخت‌ها، تمرین آرامسازی و معرفی تمرین تعمیم‌بخشی به همراه آموزش راهبردهای مقابله با شناخت‌های اضطرابی است. جلسه هفتم به آموزش مواجهه با نگرانی با استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی، ایجاد سلسله مراتب نگرانی و مواجهه در جلسه پرداخته و تمرین‌های آرامسازی با تعداد عضلات کمتر ارائه می‌گردد. جلسه هشتم مروری بر پایش، تمرین آرامسازی، مواجهه با نگرانی، معرفی آرامسازی با یادآوری، مرور رفتارهای اجتنابی و تمرینات پیشگیری از نگرانی دارد. در جلسه نهم، مراجعان به آرامسازی، مواجهه با نگرانی، تمرین حل مسئله و شناسایی رفتارهای اجتنابی می‌پردازند. در نهایت، جلسه دهم با مرور تکالیف، تمرین حل مسئله، تعمیم تمرینات آرامسازی، جمع‌بندی و اتمام درمان همراه است.

پروتکل این درمان برگرفته از پژوهش گیلبرت (۲۰۰۸) می‌باشد که هر جلسه شامل عنوان و محتوای کلی جلسه، شرح جلسه و تکالیف می‌باشد: در پروتکل درمان مبتنی بر شفقت به خود، در جلسه اول، آزمودنی‌ها با مفاهیم پایه شفقت و تمایز آن با ترحم به خود آشنا می‌شوند، ساختار کلی جلسات تبیین شده و همچنین نشانه‌ها و عوامل آزار عاطفی بررسی می‌گردد. جلسه دوم به آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین‌های تنفسی و بدنی اختصاص دارد

و سیستم‌های مغزی مرتبط با شفقت و همدلی نیز تشریح می‌شود تا درک نگرش همدلانه تقویت گردد. در جلسه سوم، خصوصیات افراد مشفق به دیگران معرفی شده و آزمودنی‌ها به پرورش حس مهربانی، درک اشتراکات انسانی، مقابله با احساسات خودتخریب‌گرانه و آموزش همدردی هدایت می‌شوند. جلسه چهارم بر خودشناسی تمرکز دارد؛ آزمودنی‌ها شخصیت خود را در ارتباط با شفقت تحلیل می‌کنند و تمرین‌های مرتبط با خودشفقت‌ورزی، همدلی، استعاره فیزیوتراپ و مفهوم بخشایش آموزش داده می‌شود. در جلسه پنجم، تمرین‌های پذیرش بدون قضاوت، استعاره آنفلوآنزا، بردباری در شرایط سخت و آموزش پذیرش تغییرات در زندگی به آزمودنی‌ها ارائه می‌گردد. جلسه ششم به تمرین عملی خلق تصاویر مشفقانه و آموزش روش‌های ابراز شفقت مانند شفقت گفتاری، عملی، مقطعی و پیوسته در روابط بین‌فردی اختصاص می‌یابد. در جلسه هفتم، نگارش نامه‌های مشفقانه به خود و دیگران و ثبت روزانه موقعیت‌های شفقت‌آمیز آموزش داده می‌شود. نهایتاً، در جلسه هشتم با مرور همه تمرین‌ها و مهارت‌های شفقتی ارائه شده، راهکارهایی برای تداوم کاربرد درمان در زندگی روزمره ارائه می‌شود تا مراجعان بتوانند در مواجهه با چالش‌های آینده از ابزارهای درمانی بهره‌مند شوند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی شامل: فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، و آمار استنباطی شامل: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری و یک متغیری در سطح ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
--------------	------	-------	-----------	----------

دوره دوم، شماره اول

انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین			
۳۹/۶۵ $\pm$ ۳/۷۲	۵۲/۶۰ $\pm$ ۳/۳۴	۱۰ نفر	CBT	اضطراب
۴۲/۱۴ $\pm$ ۳/۸۱	۵۳/۹۷ $\pm$ ۲/۸۶	۱۰ نفر	CFT	
۵۳/۱۳ $\pm$ ۲/۷۷	۵۳/۰۰ $\pm$ ۲/۶۴	۱۰ نفر	گواه	
۲۱/۵۴ $\pm$ ۲/۶۶	۳۳/۵۷ $\pm$ ۲/۱۴	۱۰ نفر	CBT	افسردگی
۲۳/۲۰ $\pm$ ۳/۱۱	۳۳/۱۰ $\pm$ ۲/۹۴	۱۰ نفر	CFT	
۳۲/۴۰ $\pm$ ۱/۸۸	۳۲/۱۶ $\pm$ ۱/۹۸	۱۰ نفر	گواه	
۵۰/۱۹ $\pm$ ۳/۱۷	۶۳/۷۵ $\pm$ ۳/۶۶	۱۰ نفر	CBT	خودانتقادی
۵۳/۲۱ $\pm$ ۲/۳۱	۶۳/۱۱ $\pm$ ۳/۴۷	۱۰ نفر	CFT	
۶۲/۳۸ $\pm$ ۳/۴۵	۶۲/۱۸ $\pm$ ۳/۲۲	۱۰ نفر	گواه	

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد شرکت کننده در درمان CBT در اضطراب، افسردگی و خودانتقادی در مرحله پیش آزمون برابر با ۵۲/۶۰ (و ۳/۳۴)، ۳۳/۵۷ (و ۲/۱۴)، ۶۳/۷۵ (و ۳/۶۶) و در مرحله پس آزمون برابر با ۳۹/۶۵ (و ۳/۷۲) و ۲۱/۵۴ (و ۲/۶۶)، ۵۰/۱۹ (و ۳/۱۷) می‌باشد. نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد شرکت کننده در درمان مبتنی بر شفقت در متغیر اضطراب، افسردگی و خودانتقادی نیز در مرحله پیش آزمون برابر با ۵۳/۹۷ (و ۲/۸۶)، ۳۳/۱۰ (و ۱/۹۴)، ۶۳/۱۱ (و ۳/۴۷) و در مرحله پس آزمون برابر با ۴۲/۱۴ (و ۱/۸۱) و ۲۳/۲۰ (و ۳/۱۱)، ۵۳/۲۱ (و ۲/۳۱) بوده است. اما میانگین (و انحراف معیار) نمره این متغیر در افراد

گروه گواه از مرحله پیش آزمون به مراحل پس آزمون تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد. اطلاعات مربوط به هر یک از ابعاد اضطراب در مراحل مختلف سنجش به تفکیک افراد پاسخ دهنده در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

بررسی پیش فرض‌ها:

الف) نرمال بودن توزیع داده‌ها

در این پژوهش پیش از انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمون شاپیرو-ویلک و کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد، که نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون طبیعی بودن برای بررسی توزیع نمرات

آزمون کولموگروف-اسمیرنف		آزمون شاپیرو-ویلک		متغیرهای پژوهش
P-Val ue	آماره F	P-Val ue	آماره F	
۰/۱۸۵	۰/۱۱۶	۰/۲۲۳	۰/۰۶۱	اضطراب
۰/۸۹۷	۰/۱۶۵	۰/۲۰۱	۰/۱۳۳	افسردگی
۰/۲۱۳	۰/۱۰۷	۰/۳۱۱	۰/۱۴۱	خودانتقادی

ب) فرض همگنی واریانس خطاها

در این تحقیق پیش از انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد فرض همگنی خطای واریانس‌ها

فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی

متغیرهای پژوهش	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اضطراب	۰/۴۶۳	۱	۲۸	۰/۲۶۲
افسردگی	۱/۳۷۶	۱	۲۸	۰/۴۹۱
خودانتقادی	۰/۷۰۳	۱	۲۸	۰/۳۰۱

همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود پیش فرض لوین در تمامی متغیرهای وابسته پژوهش تأیید می‌گردد، که به دلیل گمارش تصادفی دو گروه و حجم نمونه مناسب می‌توان از روش تحلیل واریانس جهت تحلیل فرضیه‌ها استفاده کرد. از طرف دیگر با توجه به اینکه آزمون F در برابر میزان متوسطی از واریانس‌های ناهمگن مقاوم است، به خصوص هنگامی که نمونه‌ها دارای حجم مساوی باشند، استفاده از آزمون تحلیل واریانس امکان‌پذیر می‌گردد.

ج) فرض همگونی ماتریس واریانس-کوواریانس بر اساس داده‌های جدول شماره ۴ نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین داده‌های تحقیق فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سؤال نبرده است. از آنجایی که ماتریس‌های واریانس-کوواریانس دارای همگنی می‌باشد، می‌توان از آزمون واریانس در این پژوهش استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج آزمون ام باکس مبنی بر همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس

متغیرهای پژوهش	آماره آزمون ام باکس	آماره F	سطح معناداری
اضطراب	۲/۶۲۴	۱/۳۴۲	۰/۱۴۹
افسردگی	۱/۸۱۰	۰/۷۶۵	۰/۱۶۵
خودانتقادی	۱/۵۲۳	۱/۵۹۵	۰/۱۲۱

د) مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون رگرسیون برای متغیرهای پژوهش پذیرفته می‌شود. از آنجایی که پیش فرض بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۵ سطح معناداری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرضیه همگنی شیب خط امکان‌پذیر می‌گردد.

جدول ۵. نتایج همگنی شیب خط رگرسیون

متغیرهای پژوهش	منبع تغییرات	آماره F	سطح معناداری
اضطراب	گروه* پیش آزمون	۰/۲۷۱	۰/۲۴۵
افسردگی	گروه* پیش آزمون	۳/۲۵۱	۰/۱۶۵
خودانتقادی	گروه* پیش آزمون	۱/۵۶۲	۰/۱۳۴

مداخله شناختی رفتاریبر کاهش اضطراب، افسردگی و خودانتقادی

بیماران اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

جدول ۶. نتایج اصلی آزمون کوواریانس مبتنی بر فرضیه اول

دوره دوم، شماره اول

متغیر	Source	Mean Square	F	Si g	Eta Squared	Partial
اضطراب	Corrected Model	۱۲/۶۵	۰/۶۸۲	۰/۵۵۲	۰/۰۳۶	
	I ntercept	۲۱۰/۶۵	۱۲/۶۵	۰/۰۰۳	۰/۴۱۰	
	Preexam	۱۸/۶۰	۰/۸۹۵	۰/۰۳۶	۰/۱۳	
	Group	۴/۰۸	۰/۲۵۶	۰/۰۳۵۸	۰/۱۶	
	Error	۱۹/۲۰				
افسردگی	Corrected Model	۱۴/۹۰	۰/۷۰۱	۰/۶۰۲	۰/۰۲۹	
	I ntercept	۱۸۰/۵۷	۱۲/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۳۷۹	
	Preexam	۱۹/۳۰	۰/۷۷۶	۰/۰۴۱	۰/۱۵	
	Group	۸/۲۵	۰/۳۱۰	۰/۰۲۹۸	۰/۱۹	
	Error	۱۷/۶۳				
خودانتقادی	Corrected Model	۱۳/۲۵	۰/۷۲۵	۰/۴۲۳	۰/۰۳۶	
	I ntercept	۱۹۵/۷۵	۱۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵	
	Preexam	۲۰/۴۵	۰/۶۵۲	۰/۰۴۳	۰/۱۸	
	Group	۵/۳۵	۰/۳۱۰	۰/۰۳۹۹	۰/۲۱	
	Error	۱۸/۳۵				

این جدول نتایج اصلی آزمون کوواریانس است. در ردیف متغیر گروه می‌بینیم، که عدد معنی دار است و معادل ۰/۰۳۵۸ و ۰/۰۲۹۸ و ۰/۰۳۹۹ می‌باشد. نتیجه می‌گیریم که میان دو گروه کنترل و آزمایش از نظر میزان اضطراب، افسردگی و خودانتقادی تفاوت معنی داری وجود دارد. ضریب اتا که اندازه اثر را به ما می‌دهد، در ستون کناری آن یعنی ستون Partial Eta Squared قابل مشاهده است. اگر این عدد را در صد ضرب کنیم درصد تبیین واریانس متغیر وابسته بر اساس همان متغیر گروه بندی را به ما می‌دهد. یعنی، اگر عدد ۰/۱۶ و ۰/۱۹ و ۰/۲۱ را در ۱۰۰ ضرب کنیم، می‌شود ۱۶ و ۱۹ و ۲۱ که این در واقع یعنی ۱۶ درصد و ۱۹ درصد و ۲۱ درصد واریانس متغیرهای وابسته (اضطراب و افسردگی و خودانتقادی)، توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود.

فرضیه بعدی که دنبال می‌شود از این قرار است که بین اثربخشی درمان CBT و درمان CFT بر اضطراب، افسردگی و خودانتقادی بیماران تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷. نتیجه آزمون کرویت موچلی نمره کل متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	کرویت موچلی	آماره‌ی کای دو	سطح معناداری
افسردگی	۰/۲۱۱	۴۱/۹۶۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۲۹۵	۳۷/۸۴۱	۰/۰۰۱
خودانتقادی	۰/۲۶۱	۳۹/۶۵۲	۰/۰۰۱

بر اساس جدول شماره ۷ آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری برای متغیر وابسته تحقیق (افسردگی، اضطراب و خودانتقادی) برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین یعنی آزمون محافظه کارانه گرین-هاوس-گیرز برای

بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۱۰

آمده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیر پژوهش پس از انجام اصلاحات آزمون گرین هاوس در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اضطراب	گروه	۳۱/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۴۹۹
	زمان	۹۱/۶۳۳	۰/۰۲۱	۰/۷۶۶	۰/۸۶۴
	تعامل زمان و گروه	۴۳/۴۵۶	۰/۰۰۳	۰/۶۰۸	۰/۶۶۳
افسردگی	گروه	۲۸/۹۵۲	۰/۰۰۲	۰/۶۱۲	۰/۵۰۲
	زمان	۸۶/۷۵۰	۰/۰۳۸	۰/۶۹۳	۰/۵۹۹
	تعامل زمان و گروه	۴۰/۳۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸	۰/۶۳۶
خودانتقادی	گروه	۲۹/۳۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱	۰/۵۲۷
	زمان	۸۹/۵۲۰	۰/۰۳۷	۰/۶۱۲	۰/۷۰۵
	تعامل زمان و گروه	۴۰/۸۲۰	۰/۰۰۲	۰/۵۷۱	۰/۶۴۲

نتایج جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که دو روش مداخله (درمان CBT و درمان CFT) تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره کل افسردگی، اضطراب و خودانتقادی ($F_{(1,31)}=31.108$; $Si\ g=0.001$), ($F_{(2,28)}=28.952$; $Si\ g=0.001$) و ($F_{(3,29)}=29.390$; $Si\ g=0.001$) ایجاد کرده است. به این صورت که متغیر وابسته یعنی اضطراب، افسردگی و خودانتقادی بر اثر دو روش مداخله (درمان CBT و درمان CFT) بهبود پیدا کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مبتنی بر فرضیه اول مشخص گردید مداخله شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی و خودانتقادی بیماران اضطراب فراگیر تاثیر دارد. قادری، اکرمی، نامداری و عابدی (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی مداخله شناختی رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که این درمان از طریق بازسازی شناختی به افراد کمک کرد تا افکار فاجعه ساز و باورهای متاگانتیو مثل (اگر نگران نباشم، اتفاق بدی می‌افتد) را شناسایی و تعدیل کنند. همچنین از طریق تمرین مواجهه با افکار اضطراب‌زا و استفاده از تکنیک‌های تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی،

حساسیت روانی و جسمی به محرکهای اضطراب‌زا کاهش یافت که در نتیجه افراد توانستند چرخه‌ی نگرانی مزمن را قطع کرده و کنترل بیشتری بر واکنشهای هیجانی خود پیدا کنند. همچنین یافته‌های این پژوهش در تایید یافته‌های بورکوک و همکاران (۲۰۰۴) و داگاس و همکاران (۲۰۰۷) می‌باشد (Borkovec et al., 2002; Dugas et al., 2007). تکنیک مواجهه با نگرانی یکی از مولفه‌های درمان شناختی رفتاری است. در تکنیک مواجهه، محرک آشکار کننده نگرانی بایستی شناخته شود. این تکنیک به منظور مقابله با اجتناب شناختی به کار گرفته میشود و به بیمار کمک میکند تا به جای اجتناب نمودن از تصاویر هیجانی، افکار نگران کننده و علائم جسمانی ناخوشایند مربوط به آن، قادر به تحمل و پذیرش آنها شود. علاوه بر این، استفاده از تکنیک آرامسازی عضلانی در افراد دارای این اختلال میتواند نوعی مواجهه محسوب شود و میتواند در کاهش اجتناب شناختی این افراد موثر باشد. تکنیک حل مسئله در درمان شناختی رفتاری که بر بررسی جوانب مسئله، بارش افکار و تحلیل مزایا و معایب تمرکز دارد، به افراد مبتال به اختلال کمک بیشتری میکند. بریکر و همکاران (۲۰۲۱) در تحقیقی اثربخشی

مداخله شناختی رفتاری در کاهش و پیشگیری از افکار خودآیند منفی، اضطراب در دانشجویان دختر مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که جلسات هشتگانه‌ی مداخله شناختی رفتاری توانسته است به طور قابل توجهی از میزان افکار خودآیند منفی و اضطراب شرکت کنندگان بکاهد (Bricker & Tollison, 2021) که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. مطالعه گیس داویس (۲۰۲۲) نشان می‌دهد درمان‌های شناختی با استفاده از بازسازی شناختی؛ بینش و آرامش را افزایش و پریشانی و عواطف منفی مخصوصاً ترس، خشم و ناراحتی و افسردگی را در بیماران اضطراب فراگیر کاهش می‌دهد (Geace, 2022) که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد.

تبینی که برای این فرضیه می‌توان مطرح نمود از این قرار است که زمانی که بیماران اضطراب فراگیر در دوره‌های درمان شناختی رفتاری شرکت داشته باشند با نحوه بوجود آمدن احساسات توسط افکار، تفاوت افکار، احساسات و رفتار، انواع خطاهای شناختی (اشتباهات تفکر)، روش‌های تشخیص افکار منفی خودآیند، تکنیک بازسازی افکار (شناخت)، روش‌های ایجاد رفتارهای تازه، روش زنجیره سازی رفتار، راهکار برای خودکنترلی، راهبردهای شناختی مثبت تنظیم خلق، انواع رفتارهای مقابله‌ای، رفتارهای مسئله مدار، رفتارهای هیجان مدار، راهکارهای افزایش عزت نفس، آرامش آموزی به روش جاکوبسن آشنا می‌شوند بنابراین این طبیعی است که در این گونه افراد، قطع ارتباط و طرد، خودگردانی مختل، دیگرجهت مندی، گوش بزنگی، محدودیت مختل کمتر نمود داشته باشد بنابراین اضطراب نمود کمتری در آن‌ها خواهد داشت. همچنین افسردگی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر، ناشی از مجموعه‌ای از باورهای ناکارآمد، رفتارهای اجتنابی، نشخوار فکری، و احساس درماندگی است. درمان شناختی رفتاری از طریق بازسازی شناخت، فعال سازی رفتاری، اصلاح خودپنداره، و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، این زنجیره را قطع کرده و بهبود خلق را تسهیل می‌کند. پژوهش کیان راد و همکاران

(۲۰۲۱) همسو با نتایج پژوهش حاضر، بیانگر کاهش افسردگی در زنان اقدام کننده به خودکشی تحت درمان شناختی رفتاری می‌باشد (Kian Rad et al., 2021). یافته (۲۰۲۲) در پژوهش خود کاهش معنادار خود انتقادی در بیماران افسرده و مضطرب را از طریق بازسازی شناختی و تمرین شفقت به خود در اثر مداخلات رفتاردرمانی شناختی نشان داد (Yaffe, 2022).

همچنین مشخص گردید درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش اضطراب بیماران اضطراب فراگیر تاثیر دارد. نف و گرمر (۲۰۱۳) نیز در مداخله‌ی خود نشان دادند که تمرین شفقت بر خود به طور معناداری باعث کاهش اضطراب، افسردگی و خودانتقادی در شرکت کنندگان می‌شود (Neff & Germer, 2013).

تبینی که برای این فرضیه می‌توان مطرح نمود از این قرار است که وقتی افراد در این مداخله شرکت داده می‌شوند، با کاهش اضطراب از طریق تنظیم هیجان، کاهش افسردگی از طریق افزایش پذیرش، و کاهش خودانتقادی از طریق جایگزینی گفت‌وگوی حمایتی به جای قضاوت گر، شاهد پیشرفت قابل تاملی در متغیرهای فوق می‌گردند. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین بررسی بدنی و تنفس آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت نسبت به دیگران پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند پرورش حس اشتراکات (انسانی در مقابل احساسات خود تخریب گرانه شرم و آموزش همدردی)، خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیر شفقت با توجه به مباحث آموزشی شناسایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن مشفقانه ارزش خود شفقتی همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ) و آموزش بخشایش، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن

مشفقانه (بخشش پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف‌نیز بدان‌ها آموزش داده می‌شود بنابراین این طبیعی است که در این گونه افراد، اضطراب، افسردگی و خودانتقادی نمود کمتری در آن‌ها خواهد داشت.

در نهایت مبتنی بر فرضیه سوم مشخص گردید که بین اثربخشی درمان CBT و درمان مبتنی بر شفقت خود بر اضطراب و افسردگی و خودانتقادی بیماران تفاوت معناداری وجود دارد و درمان cbt در مقایسه با درمان مبتنی بر شفقت خود اثربخشی بیشتری در کاهش اضطراب، افسردگی و خود انتقادی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد که پژوهش همسو یا ناهمسوئی مشاهده نشد. به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری به دلیل ساختار منظم، مداخلات هدفمند و تمرکز بر اصلاح افکار ناکارآمد، در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، از جمله اضطراب، افسردگی و خودانتقادی، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت (CFT) دارد. اختلال اضطراب فراگیر با ویژگی‌هایی چون نگرانی مزمن، افکار فاجعه‌گرایانه، اجتناب رفتاری و سبک پردازش شناختی منفی همراه است. CBT از طریق مداخلاتی نظیر بازسازی شناختی، مواجهه تدریجی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و فعال‌سازی رفتاری، به‌طور مستقیم این مؤلفه‌ها را هدف قرار می‌دهد و امکان اصلاح پایدارتر ساختارهای شناختی و رفتاری ناسازگار را فراهم می‌سازد. در مقابل، درمان مبتنی بر شفقت عمدتاً بر ابعاد هیجانی و بین‌فردی تجربه درونی تمرکز دارد و از طریق پرورش نظام شفقت‌ورزی، تلاش می‌کند خودانتقادی و احساس شرم را کاهش داده و پذیرش خود را تقویت نماید. با وجود اهمیت این اهداف، به‌نظر می‌رسد در اختلالاتی با بار شناختی بالا مانند اضطراب فراگیر، که با نشخوار ذهنی، سبک تفسیر تهدیدمحور و باورهای ناکارآمد ریشه‌دار همراه است، مداخله‌های فعال‌تر و

شناخت‌محورتر CBT در ایجاد تغییرات پایدار، مؤثرتر عمل می‌کنند. از این منظر، می‌توان اثربخشی نسبی بالاتر CBT را به ماهیت شناخت‌محور، سازمان‌یافته و آموزش‌محور آن نسبت داد که به مراجعان کمک می‌کند تا ضمن درک افکار ناکارآمد خود، راهبردهای جایگزین را به‌صورت فعال در زندگی روزمره تمرین کرده و به تدریج نظام باورهای خود را بازسازی نمایند. این امر در کنار توجه هم‌زمان به رفتار و هیجان، ظرفیت درمانی CBT را در کاهش هم‌زمان اضطراب، افسردگی و خودانتقادی در جمعیت‌های بالینی، از جمله زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر، افزایش می‌دهد.

پیشنهادات پژوهشی که در این راستا می‌توان ارائه نمود از این قرار است:

- پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر سایر شهرها اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد.
 - اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه تأثیر این شیوه‌های مداخلاتی بر سایر متغیرهای روان‌شناختی از قبیل تحمل ابهام، ناگویی خلقی صورت گیرد.
 - انجام پژوهش‌هایی در مورد مقایسه اثربخشی درمان CBT و CFT و درمان پذیرش و تعهد، درمان یکپارچه نگر، درمان مدیریت استرس می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر در پی داشته باشد
- پیشنهادات کاربردی که در این راستا می‌توان ارائه نمود از این قرار است:
- نتایج این پژوهش نشان داد که درمان CBT و درمان مبتنی بر خودشفقتی بر روی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر اثربخش بود و این تأثیر در دراز مدت تداوم اثر داشت. بر اساس این نتیجه به دست آمده به روانشناسان، مشاوران خانواده پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات اجتماعی و هیجانی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر با برگزاری کارگاه‌های شناختی و هیجانی به بیماران مبتلا به اضطراب

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Aghalar, S., & Akrami, L. (2021). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Symptoms of Depression, Rumination, and Self-Compassion in Mothers of Children with Mild Intellectual Disabilities. *Scientific Journal of Clinical Psychology and Personality*, 2(1), 45-57. <https://civilica.com/doc/1842737/>
- Ajay, R., Shreeja, S., Mishra, S., Kunwar, D., Karki, E., & Shrestha, B. (2021). Anxiety and depression during covid-19 pandemic among medical students in Nepal. *Kathmandu Univ Med J*, 18(4), 3-9. <https://doi.org/10.3126/kumj.v18i4.49241>
- Amjadiyan, F., Jafari, A., & Qoomari, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Self-Compassion Training and Emotion-Focused Therapy in Reducing Psychological Vulnerability in Mothers of Children with Learning Disabilities. *Journal of Exceptional Individuals*, 12(47), 115-149. https://jpe.atu.ac.ir/article_15236.html
- Aristou, F., & Omidian, M. (2024). Predicting Symptoms of Generalized Anxiety Disorder Based on Catastrophizing Pain and Sensitivity to Rejection Mediated by Quality of Life. *Quarterly Journal of New Psychological Research*, 19(75), 194-180. https://journals.tabrizu.ac.ir/article_18582.html
- Bakhtiari, M. (2024). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Psychological Flexibility in Women Experiencing Marital Distress. *Positive Psychology Quarterly, First Series*(First Issue), 50-58. https://rpp.araku.ac.ir/article_713641.html
- Basharpour, S., Mohammadzadeh, A., & Abadi, M. (2024). Examining the Relationship Between Breast Cancer Screenings, Cancer Literacy, and Health Anxiety; The Mediating Role of Psychological Resilience. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 30(1). <https://doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4929.1>
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytles, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 288-298. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.288>
- Bricker, J. J., & Tollison, s. (2021). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(05), 541-559. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000901>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *Int J Clin Health Psychol*, 21(1), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>

فراگیر کمک کنند تا ضمن درک و مدیریت هیجانات خود و زندگی

آگاهانه و درک آن‌ها در موقعیت‌های مختلف از تفاوت‌های بین

فردی در زندگی خود از مشکلات با اطرافیان اجتناب کنند.

- باتوجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر خودشفقتی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر پیشنهاد می‌شود این آموزش‌ها به عنوان یک بسته آموزشی مهارت زندگی در عصر جدید متناسب با پیشرفت فناوری‌های نوین همچون شبکه‌های اجتماعی مجازی، از سوی مراکز مرتبط با بهداشت روان خانواده مورد توجه قرار گیرد. لذا با توجه به استقبال این آموزش‌ها از سوی مراجعین پیشنهاد می‌شود از این برنامه‌های آموزشی-درمانی که محوریت اصلی آن‌ها ایجاد مدیریت و تنظیم هیجان و کاهش ناگویی هیجانی و خلق منفی است به صورت کتابچه و بروشور در اختیار زوجین قرار گیرد.
- محدودیت‌های مطرح نیز در پژوهش حاضر نیز عبارتند از:

- نداشتن دوره پیگیری
- محدود شدن حجم نمونه به بیماران اضطراب فراگیر در شهر تهران

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

- Depression, Suicidal Thoughts, and Cognitive Emotion Regulation in Women Attempting Suicide. *Journal of Psychological Sciences*, 20(106), 1767-1786. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1767>
- Lander, A. (2019). developing self-compassion as a resource for coping with hardship: Exploring the potential of compassion focused therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(6), 655-668. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00611-0>
- Lee, J. M., Lowry, K. P., Cott Chubiz, J. E., Swan, J. S., Motazed, T., & Halpern, E. F. (2020). Breast cancer risk, worry, and anxiety: Effect on patient perceptions of false-positive screening results. *The Breast*, 50, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.004>
- Lloyd, J. (2017). *Relationship between self-compassion, sense of coherence, coping strategies and perceived stress in clinical psychology trainees degree=Doctoral thesis* <https://core.ac.uk/download/pdf/157852703.pdf>
- Loew, C. A., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* VL - 75. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>
- Loving, V. A., Aminololama-Shakeri, S., & Leung, J. W. T. (2021). Anxiety and its association with screening mammography. *Journal of Breast Imaging*, 3(3), 266-272. <https://doi.org/10.1093/jbi/wbab024>
- Lucre, K., & Clapton, N. (2021). The Compassionate Kitbag: A creative and integrative approach to compassion-focused therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory*. <https://doi.org/10.1111/papt.12291>
- Makhdoumi, M., Abolghasemi, S., & Khane Kashi, A. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Worry States and Intolerance of Uncertainty in Individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Sciences*, 23(144), 95-79. <https://doi.org/10.61186/jps.23.144.5>
- Mischa, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., & Person, D. (2021). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the perth flood. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 251-264. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015861>
- Mofrad, H. (2023). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and the Combination of Cognitive-Behavioral Therapy and Medication on Anxiety and Aggressive Behaviors in Betrayed Women. *Journal of Disability Studies*, 13(9), 174-174ER -. <https://jdisabilstud.org/article-1-3281-fa.html>
- Mojtahedzadeh, S. P., Teimory, S., Nayyeri, M., & Isanazar, A. (2023). Presenting the model of sexual self-expression of postmenopausal women based on sexual self-expression with the mediating role of state-attribute anxiety and sexual self-esteem. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(1), 356-379. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.1.18>
- Naeimi Pour, F., Shahgholian, M., & Yariyari, F. (2024). Designing and Testing the Structural Model of Self-Silencing in Married Women Based on Attachment Style, Emotional Expression, and Feelings of Loneliness Mediated by Self-Compassion. *Journal of Psychological Sciences*, 23(143), 40-23. <https://doi.org/10.52547/JPS.23.143.2593>
- Nainiyan, M. R., Shayeeri, M. R., Sharifi, M., & Hadian, M. (2011). Examining the Reliability and Validity of the Short Scale for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and*
- Dortaj, F., Aghajani, F., Delavar, A., Navabinejad, S., & Mardani Rad, M. (2019). Developing a Group Therapy Program Based on Transactional Analysis and Acceptance and Commitment Therapy and Examining Its Effectiveness on Self-Criticism Components in Girls Experiencing Emotional Breakup. *Psychological Sciences*, 19(95), 1389-1399. <https://psychologicalscience.ir/article-1-752-fa.html>
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., & Robichaud, M. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior therapy*, 38, 169-178. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.07.002>
- Fernandes, J., Pedro, J., Costa, M. E., & Martins, M. V. (2023). Effect of depression and anxiety on sexual functioning in couples trying to conceive with and without an infertility diagnosis. *Psychology & Health*, 38(1), 58-75. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1955115>
- Geace, D. (2022). Longitudinal course of depressive symptoms after a cardiac event: effects of gender and cardiac rehabilitation, psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 67, 52-58. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000151486.28349.70>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Hamidi, R., Fekrizadeh, Z., Azadbakhsh, M., & Garmaroudi, G. (2015). Examining the Validity and Reliability of the Second Version of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in Iranian Elderly. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(1). https://jsums.medsab.ac.ir/article_550.html
- Hayes-Skelton, S. A., & Lee, C. S. (2020). Decentering in mindfulness and cognitive restructuring for social anxiety: An experimental study of a potential common mechanism. *Behavior Modification*, 44(6), 817-840. <https://doi.org/10.1177/0145445519850744>
- Hocken, K., & Taylor, J. (2021). Compassion-focused therapy as an intervention for sexualoffending. In (pp. 189-219). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429262074-9>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Kavyani, H., & Ashraf Sadat, M. (2008). Psychometric Properties of the Beck Anxiety Inventory Across Age and Gender Groups in the Iranian Population. *Journal of the Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences*, 66(2), 136-140. <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html>
- Keel, C., & Pidgeon, A. M. (2017). Mediating role of self-compassion, emotional regulation on the relationship between, and Psychological Distress. *Journal of Basic and Applied Research*, 3(3), 107-113. <https://research.bond.edu.au/en/publications/mediating-role-of-self-compassion-emotional-regulation-on-the-rel>
- Khalilnejad, M., Abbasi, Q., & Hadian Nejad, P. (2024). The Effectiveness of Metacognitive Therapy on the Believability of Thoughts and Anxiety Feelings in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Semi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 23(3), 250-263. <https://doi.org/10.61186/jrums.23.3.150>
- Kian Rad, N. D., Hamid, T., Mehrabi, Mousavi, & Seyed, G. (2021). The Effectiveness of Brief Cognitive Behavioral Therapy on

- Sciences, 19(95), 1519-1532.
<https://ensani.ir/fa/article/442189/>
- Timouri, Z., Mojtabai, M., & Rezazadeh, S. M. R. (2021). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Couples Therapy and Self-Compassion Therapy on Emotion Regulation in Women Affected by Spousal Infidelity. *Gilan Medical Sciences Journal*, 30(2), 130-143.
<https://doi.org/10.32598/JGUMS.30.2.1734.1>
- Vali Zadeh, H., Ahmadi, V., & Mirshakar, S. (2023). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Resilience, Emotional Dysregulation, and Feelings of Loneliness in Female Heads of Households. *New Psychological Research*, 18(69). https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16248.html
- Yaffe, I. (2022). *The Mechanisms of Change in Third-Wave CBT Treatment of Self-Criticism degree=Master's thesis* Reichman University (Israel)].
- Zamani, & Abbasi. (2020). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Students' Anxiety. *First Article*.
- Zamani Foroshani, S., Sharifi, T., & Ghazanfari, A. (2019). Designing an Educational Package for Compassion-Based Interaction in Mother-Child Relationships and Examining Its Effectiveness on Mother-Child Relationships and Improving Parental Stress. *Nursing Education Journal*.
http://jne.ir/browse.php?a_id=989&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0
- Zangouei, M., Seyed Jafari, J., Jafar, M., Mousavi, R., & Hosseini, A. (2019). Examining the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Life Expectancy in the Elderly. *Journal of Aging Psychology*, Fifth Volume(2).
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=508701>
- Zarei Hossein, J. D. S., & Zarei, S. (2022). The Effectiveness of Metacognitive Strategies Training on Emotional Processing in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Disability Studies*, 12, 17-17.
<https://www.sid.ir/paper/1120949/en>
- Personality (Daneshvar Behavior), 50-41.
<https://sid.ir/paper/208747/fa>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Panahi, T., Shahabi Zadeh, F., & Mahmoudi Rad, A. (2019). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with and without Self-Compassion on Worry, Anger Rumination, and Self-Criticism in Depressed Non-Clinical Diabetic Patients; A Clinical Trial. *Nursing Education Journal*, 9(4), 95-108. <https://jne.ir/article-1-1250-fa.html>
- Ramadanpour, F., & Joozi, H. (2019). The Structural Model of Self-Critical Perfectionism and Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress: The Mediating Role of Experiential Avoidance and Rumination. *Contemporary psychology*, 15(2), 33-48.
<https://bjcp.ir/article-1-1828-fa.html>
- Raparia, E., Coplan, J. D., Abdallah, C. G., Hof, P. R., Mao, X., & Mathew, S. J. (2021). Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *J Affect Disord.*, 190, 414-423.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.019>
- Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 51(2), 174-179.
<https://doi.org/10.1017/S1352465822000625>
- Rostampour Baranjestanki, M., Abbasi, Q. A., & Mirzaeian, B. (2019). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Improving Psychological Flexibility and Reducing Self-Criticism in Mothers of Children with Intellectual DisabilitiesJO - Biannual Journal of Applied Counseling, Shahid Chamran University. 10(2), 1-24.
https://jac.scu.ac.ir/article_15940.html
- Saadati Shamir, A., Mazbouhi, S., & Marzi, S. (2018). Factor Structure and Validity of the Self-Criticism/Self-Confidence Scale Among Teachers. *Quarterly Journal of Educational Measurement*, 9(34). <https://www.sid.ir/paper/214620/fa>
- Sharif, Z., Marati, A., & Yousefvand, M. (2024). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existential Therapy on Resilience in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Ruyesh Psychology*, 13(6), 170-159. <https://frooyesh.ir/article-1-5271-fa.html>
- Shoja Aldini Ardakani, T., Amiri, B., Amiri, B., & Marvasti Nia, G. (2024). Examining Depression in Women and Girls of Childbearing Age During the COVID-19 Expansion: A Narrative Review. *Preventive Medicine*, 11(1), 8-19.
https://jpm.hums.ac.ir/browse.php?a_id=746&sid=1&slc_lang=fa&html=1
- Straarup, N. S., Renneberg, H. B., & Farrell, J. A. U. Y. R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8), 1590-1600.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23351>
- Tajedin, A. A., Al Yasin, A., Heydari, H., & Davoodi, H. (2019). Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Reality Therapy on Emotional Dysregulation in Male Prisoners. *Scientific Research Quarterly of Psychological*